

1. Marshman, D. Hemorrhoidal Ligation / D. Marshman // Dis. Colon. Rect. – 1989. – Vol. 32, N 5. – P. 369–71.
2. Воробьев, Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М. : Митра-Пресс, 2002. – 192 с.
3. Малоинвазивная хирургия геморроидальной болезни / Е.А. Загрядский. – М., 2014.
4. Long-term results and quality of life in patients treated with hemorrhoidectomy using two different techniques: Ligasure versus transanal hemorrhoidal dearterialization / N. Zampieri [et al.] // The American Journal of Surgery. – 2012. – Vol. 204. – P. 684–688.

УДК 616.31-006-089

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НИЗКОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Шанно Г.М.¹, Денисенко В.Л.¹, Орехва А.В.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»²

Заболеваемость раком прямой кишки продолжает оставаться высокой. Радикальные операции по поводу рака средне-нижеампулярного отдела прямой кишки часто носят травмирующий или калечащий характер, перечеркивая все надежды пациента к возвращению к прежнему образу жизни.

Изучены результаты лечения 84 пациентов, страдающих низкорасположенным раком прямой кишки (локализация опухоли дистальнее 9 см). Средний возраст пациентов 62 года. Мужчин 51,9%, женщин 48,1%. Пациентам во II-III стадии проводилась предоперационная лучевая терапия и радикальное хирургическое лечение. Мы стремились к полному и целостному удалению мезоректума. Низкая передняя резекция с колоанальным анастомозом выполнена у 50% пациентов, циркулярным сшивающим аппаратом - у 19,2%, интрасфинктерная резекция с использованием ручного шва произведена в 30,8% случаев.

Для изучения качества жизни пациентов применен опросник EORTC QLQ C-30 версии 3.0 и модуль CR29.

Результаты. Активность участия в исследовании составила 50%. Качество жизни пациентов по разделу общее состояние здоровья QL2 составляло 74 балла. Шкалы симптомов позволили выявить, что слабость (FA) беспокоила 81% пациентов, тошнота и рвота (NV) - 6%, боль (PA) - 31%, диспноэ (DY) – 25%, бессонница (SL) - 50%, потерю аппетита (AP) - 25%, запоры (CO) – 44%, диарея (DI) - 38%. Значение шкалы имиджа тела (BT) опросника CR29 в группе пациентов, перенесших низкую переднюю резекцию прямой кишки, в среднем составило 88 баллов, полное восстановление внутреннего восприятия картины собственного тела после операции было только у 44% пациентов. По шкале беспокойства (ANX) среднее значение составило 64 балла. Низкий уровень беспокойства был установлен только у 20% пациентов. По шкале массы тела (WEI) среднее значение в группе пациентов было равно 84 балла, не ощущали озабоченности изменением массы тела после операции 60% пациентов. Женщин нарушения сексуальной функции тяготили в меньшей степени, чем мужчин (88% женщин не отмечали существенных изменений половой функции после операции против 17% мужчин). Изменение частоты мочеиспускания (UF) беспокоило 93%. Слизь и кровь в кале (BMS) беспокоили 13% пациентов, что требует дообследования этой группы для выявления патологии или рецидивов. Изменение частоты дефекации по шкале SF беспокоили 93%

пациентов, недержание мочи (UI) - 7%, дизурические расстройства (DY) – 7%, боль в животе (AP) - 33%, боль в ягодицах (BP) - 50%, вздутие живота (BF) - 33% пациентов, сухость во рту (DM) – 33% пациентов, нарушение вкуса (TA) у 13%, метеоризм (FL) – 77%, недержание кала (FI) – 50% пациентов.

Выводы.

1. Исследование качества жизни пациентов на этапах лечения при помощи опросников EORTC QLQ C30 и CR29 позволяет оценить результаты лечения, а при детальном анализе оценить симптомы рецидива.

2. Несмотря на высокое качество жизни по данным оценки шкалы физических функций (среднее значение 90), отдельные параметры имеют тенденцию к медленному и неполному восстановлению.

3. Нарушение имиджа тела, выраженное беспокойство и отдельные симптомы открывают широкое поле для поздней реабилитации пациентов, а методика оценки качества жизни позволит эффективно управлять процессом реабилитации.

УДК 616.37

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Фомин А.В., Богданович А.В., Гецадзе Г.Н.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Травмы живота имеют свою особую клиническую картину, в большинстве случаев носят сочетанный характер, сопровождаются тяжелым шоком, что значительно затрудняет топическую диагностику [1, 2]. Сложность ведения пациентов с закрытой травмой живота заключается также в том, для принятия решения хирург ограничен жесткими временными рамками. По данным литературы повреждения поджелудочной железы при абдоминальной травме встречаются сравнительно редко (4-10% от общего числа повреждений органов брюшной полости) [3, 4, 5]. Это объясняется особенностями топографоанатомического расположения поджелудочной железы. Повреждения часто характеризуются тяжелым течением, прежде всего за счет травматического панкреатита, частота развития которого достигает 87,5% [6, 7]. Выделяют следующие виды закрытых повреждений поджелудочной железы: ушиб без нарушения целостности брюшины, покрывающей железу; неполный разрыв железы или ее брюшины; полный разрыв поджелудочной железы [8].

Цель исследования состоит в том, чтобы на основании анализа клинического материала в условиях больницы скорой помощи оптимизировать алгоритм диагностических исследований и хирургическую тактику при травмах живота.

Материал и методы. За предшествующие 20 лет наблюдали 193 пострадавших с закрытой травмой живота. Мужчин 148(76,7%), женщин 45 (23,3%). Возраст госпитализированных колебался от 17 до 88 лет. В первые 6 часов после травмы поступили 93(48,2%), от 7 до 24 часов – 50 (25,9%), позже 24 часов – 46 (22,3%) пациентов. Эпизод травмы не помнили или отрицали 7 (3,6%). Значительное число поступивших в стационар позже 24 часов объясняется состоянием алкогольного опьянения у ряда пациентов, но также двухмоментным разрывом селезенки, повреждением паренхиматозных органов или брыжейки в виде небольших разрывов. В таких случаях в первые часы на фоне травмы симптоматика внутреннего кровотечения не выражена. Только через несколько часов у них количество излившейся в живот крови увеличивается, и клиническая картина проявляется.